

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THESE

N°

233

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Suzanne Marguerite Louise AUGÉE

Née le 9 Février 1910 à Paris

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'Etude
des
Manifestations Digestives
de la
Maladie Rhumatismale

Président : M. CARNOT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ECOLE DE MEDECINE

1935

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Suzanne Marguerite Louise AUGÉE

Née le 9 Février 1910 à Paris

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Contribution à l'Etude
des
Manifestations Digestives
de la
Maladie Rhumatismale

Président : M. CARNOT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ECOLE DE MEDECINE

1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E).. Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLJARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM-

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT..... Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 HARVIER..... Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLEY-RADOT Clinique médicale.
 SEZARY Clinique médicale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROCO Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE..... Clinique obstétricale.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Mort au Champ d'Honneur

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS — A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique Médicale
A la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu me faire le
très grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse, hommage
respectueux.*

A MON MAITRE
MONSIEUR le DOCTEUR RENÉ A. GUTMANN

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a été l'inspirateur et le
guide de ce travail, qu'il veuille
bien trouver ici l'expression de
ma profonde gratitude.*

A MON MAITRE
MONSIEUR le DOCTEUR HENRI BÉNARD

Professeur Agrégé de Pathologie Médicale
A la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui fut toujours pour moi un
maître si accueillant, en témoi-
gnage de ma sincère gratitude.*

A MON MAITRE
MONSIEUR le DOCTEUR KUSS

Chirurgien de la Pitié
Officier de la Légion d'Honneur

*Avec toute ma reconnaissance
pour la bienveillance qu'il m'a té-
moignée en toute circonstance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET

Médecin de Bretonneau
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a eu l'extrême obligeance
de me communiquer les observa-
tions de son service, en gage
de ma respectueuse gratitude.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX

Monsieur le Professeur HARTMANN

Monsieur le Professeur CARNOT

Monsieur le Docteur LAUNAY

Monsieur le Professeur LEREBoullet

Externat :

Monsieur le Docteur KUSS

Monsieur le Docteur GUIMBELLOT

Monsieur le Docteur GUTMANN

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Monsieur le Docteur LEVESQUE

INTRODUCTION

A l'heure actuelle où l'on tend à reviser les données classiques sur la maladie de Bouillaud, il nous a paru intéressant de réunir quelques observations montrant qu'à côté de la forme articulaire, la plus fréquente, il existe des localisations viscérales pures ou associées à des manifestations articulaires ; nous nous sommes attaché aux formes qui empruntent une symptomatologie digestive.

Cette notion de troubles digestifs au cours du rhumatisme était bien connue des anciens auteurs. En effet Huxham en 1730 signale que la jaunisse peut alterner avec des crises rhumatismales. Puis Homolle parle d'un subictère précoce, accompagnant un léger embarras gastrique, ainsi que la diarrhée assez fréquente.

Plus tard Chauffard signale chez un malade de 17 ans un mode de début par douleurs abdominales violentes, faciès altéré, pouls rapide ; le lendemain apparaissent les arthrites. Triboulet sur 200 observations avait noté des troubles gastro-intestinaux à type de diarrhée dans la moitié des cas.

Il n'en restait pas moins vrai, d'après l'opinion classique et jusqu'aux travaux de ces vingt dernières années, que le tube digestif ne semblait pas réagir à l'infection rhumatismale. Barbier dans le traité, Roger Widal et Teissier au chapitre R.A.A. écrit en effet : « au milieu de cet appareil symptomatologique douloureux et pénible, les voies digestives restent normales ».

A cette époque, l'atteinte articulaire était considérée comme l'élément pathogénomique, la condition *sine qua non* de l'affection ; quant aux déterminations cardiaques, endopéricardites, pancardites de Durozier, les myocardites alors peu connues, on ne les concevait que comme des complications énoncées dans les lois de coïncidence de Bouillaud.

A cette phase purement articulaire du rhumatisme va venir s'ajouter, grâce surtout aux travaux de Grenet, la notion de formes viscérales.

Déjà il est vrai Trousseau, Jaccoud, Hanot avaient envisagé la possibilité d'une atteinte cardiaque antérieure à l'atteinte articulaire, voire même d'une atteinte semblant isolée comme chez l'enfant où les arthralgies sont particulièrement fugaces et atypiques.

Le principal critérium était la réaction au traitement salicylé, tout rhumatisme ayant fait sa preuve articulaire devant régresser sous cette influence.

Actuellement, tous les auteurs s'accordent à préférer

l'appellation de maladie rhumatismale qui a le mérite de ne pas imposer à l'esprit l'idée d'atteinte articulaire obligatoire.

En effet, il est reconnu que l'arthrite peut faire totalement défaut ou apparaître tardivement, venant seulement signer un diagnostic jusque là délicat, la maladie se comportant alors comme un véritable rhumatisme viscéral solitaire (Gallavardin), parfois comme une maladie infectieuse banale (formes septico-pyohémiques de Grenet).

Certains auteurs comme Bezançon et Weill vont même jusqu'à considérer la maladie de Bouillaud comme une cardiopathie chronique compliquée de poussées fluxionnaires sur les séreuses articulaires.

Depuis les travaux de Grenet, il semble donc que l'on a pu décrire des formes où les arthrites dominent la scène, des formes où elles restent frustes nécessitant d'être recherchées soigneusement par l'interrogatoire, des formes enfin où elles n'existent pas (formes infectieuses pures).

Ce polymorphisme dans la symptomatologie de la maladie rhumatismale nous semble en faveur d'une infection subaiguë ou chronique, « d'une infestation générale de l'organisme en tous points comparable à l'infestation syphilitique » comme l'a écrit Pichon dans sa thèse et dont l'atteinte cardiaque et articulaire seraient les manifestations majeures.

Nous nous proposons d'étudier à l'aide d'observations le mode de réaction du tube digestif à l'infection rhumatismale et nous décrirons :

1° Les pharyngites, signe classique sur lequel nous n'insisterons pas.

2° Les manifestations œsophagiennes, exceptionnelles.

3° Les manifestations péritonéales :

A. *Localisées* a. Pseudo Appendiculaires

b. Hépatiques.

c. Syndrome douloureux épigastrique.

B. *Généralisées*.

4° Les manifestations polyviscérales.

1° LES PHARYNGITES

Nous n'insisterons pas sur l'angine qui semble exister dans le $1/3$ des cas environ et : XI qui précède de quelques jours l'apparition des arthropathies, cédant dès que celles-ci surviennent. Il s'agit le plus souvent d'une angine rouge banale, plus rarement d'un phlegmon de l'amygdale, comme nous le rapportons dans une observation. C'est une rougeur diffuse du pharynx, entraînant peu de dysphagie, au point qu'il faut parfois la rechercher soigneusement par l'interrogatoire.

Nous verrons dans la suite la valeur de cette angine qui éveillera l'attention sur la possibilité d'une infection rhumatismale.

2° LES MANIFESTATIONS ŒSOPHAGIENNES

944

Ces manifestations apparaissent comme exceptionnelles ; cependant quelques cas en sont mentionnés dans la littérature.

Homolle, dans son *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratique* (1882) les avait déjà signalées.

Observation de Desmos : (Bulletin Soc. méd. hôp. 1868)

Malade convalescent de poussée de R.A.A. qui accuse une dysphagie intense, gênant l'alimentation. On n'observe pas de péricardite.

Observation de Grenet : qui attire l'attention sur la rareté de la forme pure et cite à ce propos l'exemple suivant :

Il s'agit d'un jeune garçon ne présentant aucune douleur articulaire, chez qui, sans cause apparente, s'installe une dysphagie, en même temps qu'apparaît un état fébrile persistant.

Un examen radiologique montre des signes de sténose œsophagienne : déviation nette de l'œsophage à droite et en arrière, ralentissement du transit.

Un léger frottement péricardique fait instituer un

traitement au salicylate qui amène la régression des symptômes œsophagiens.

En présence d'une dysphagie d'étiologie obscure accompagnée de fièvre, il faut songer à la possibilité de rhumatisme liée peut-être à une atteinte primitivement médiastino-péricardique et rechercher, comme le recommande Dory dans sa thèse, un épanchement péricardique postérieur, radiologiquement décelable par la position en oblique.

3° LES MANIFESTATIONS PERITONEALES

A. LOCALISEES

a) *Formes pseudo appendiculaires*

Observation I. — Simone T..., 14 ans 1/2 entrée le 3 avril 1929 salle Parrot à Bretonneau pour :

- a) *constipation et vomissements,*
- b) *maux de gorge,*
- c) *douleurs dans le ventre,*
- d) *douleurs dans les genoux et coup de pied* surtout gauche depuis huit jours.

Dans les antécédents on relève une rougeole, une jaunisse en octobre 1928.

Il y a quinze jours toux et expectoration mucopurulente qui dure huit jours.

Epistaxis.

A l'examen : ventre souple, douleurs plus marquées au point appendiculaire, où on note une légère défense musculaire, du gargouillement à la palpation profonde.

Glaïres dans les selles.

Langue sale, foie et rate normaux.

Mouvements du genou gauche très limités, flexion douloureuse, point douloureux net sur la partie interne de l'extrémité supérieure du tibia gauche. Douleurs de même à la pression du 1/3 inférieur de la cuisse gauche, moins marquée à droite. Mouvements limités du pied gauche.

Douleur à la pression des malléoles, surtout interne. Douleur à la pression de l'épine iliaque droite. Les articulations coxo-fémorales semblent indemnes. Douleurs thoraciques plus ou moins disséminées en arrière et en avant sus et sous claviculaires.

En somme douleurs très disséminées sans pourtant affecter spécialement les articulations.

Examen : respiration un peu soufflante du sommet droit, point douloureux à ce niveau à la pression.

Cœur : rien d'anormal. Pouls à 60 ; température à 38°8 à l'entrée.

Traitement : salicylate *per os* 4 grammes.

Le lendemain 37°8 — pouls à 72 irrégulier — Rate légèrement percutable. Un sero-diagnostic est négatif au 30^e pour le T.A.B.

Le 6 avril les douleurs ont disparu.

Le 8 avril une endocardite semble se constituer (le premier bruit est sourd, le deuxième un peu claqué).

Le 9 avril arythmie, le premier bruit est toujours sourd et se prolonge en un petit souffle de la pointe. Le point appendiculaire persiste.

La dose quotidienne de salicylate est de huit grammes.

L'enfant fait alors une rougeole. Après sa convalescence, elle est hospitalisée pour une nouvelle poussée articulaire.

Observation II. — Pierre A., 13 ans entre le 20 septembre 1934 à Bretonneau.

Dans les antécédents, on note qu'il aurait eu à l'âge de 4 ans 1/2 un abcès sous-phrénique ; puis une rougeole, la varicelle, enfin la scarlatine.

En mai 1934, il signale quelques douleurs articulaires dans les épaules, le bras gauche, les genoux. Ces douleurs accompagnées de fièvre avaient duré deux jours et avaient été précédées par une angine. Pas de traitement salicylé.

Le 20 septembre 1934, cet enfant a présenté des douleurs abdominales violentes, accompagnées de coliques et de nausées. Ces douleurs à début brutal survenues le soir vers dix-huit heures, siégeaient dans tout le ventre, aussi bien à gauche qu'à droite. Dans les heures qui ont suivi apparurent des vomissements et de la diarrhée.

La douleur a continué aussi violente, à prédominance dans la fosse iliaque gauche. Température à 40°. Cette crise douloureuse avait été précédée de constipation et de nausées.

A ce tableau se joignent de la céphalée, de la lassitude, des étourdissements et de l'insomnie.

A 22 heures, l'enfant est amené à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite aiguë. L'examen pratiqué par le chirurgien de garde ne confirmant pas la nécessité d'une intervention, cet enfant reste en observation en chirurgie pendant 24 heures, puis est transmis en médecine dans le service du Docteur Grenet.

Les douleurs abdominales, violentes au début, se sont calmées et des arthropathies des genoux sont apparues.

Pas de signes cardiaques, rien aux poumons, pas d'albumine dans les urines.

Le 22 septembre, la température est descendue à 37°.

Un traitement au salicylate est institué : quatre grammes par jour en potion.

En deux à trois jours, les douleurs articulaires ont disparu, la température demeure entre 37° et 37°5.

En quatre jours, les douleurs abdominales ont cessé.

Le 27 septembre, le poids de l'enfant est de 37 kgr. 500.

Il sort guéri le 7 octobre, son poids est alors 39 kgr. 200.

Le 13 octobre, l'enfant vient se faire examiner : rien de particulier. On pratique une cuti-réaction qui se montre négative.

Le 20 octobre, l'enfant pèse 41 kgr. 500.

Observation III. — Stoïanovitch dans la *Presse Médicale*, rapporte l'observation de deux enfants amenés d'urgence à l'hôpital pour des douleurs abdominales vives à début brutal et accompagnées de fièvre.

L'un présentait une contraction généralisée.

L'autre une douleur nette au point de Mac Burney. Non opérés, car le premier a eu le lendemain des arthropathies typiques, et le second avait été amené par ses parents avant l'intervention.

L'auteur insiste sur la nécessité de l'interrogatoire qui montre l'apparition d'un état infectieux ou d'une angine dans les jours précédents. Il insiste également sur l'absence de nausées, de vomissements, la conservation de l'état général et recherche systématiquement le souffle cardiaque.

M. Sauvé rappelle une observation analogue où il fit le diagnostic grâce aux signes d'endopéricardite. Un examen de sang avait permis d'éliminer le purpura.

Observation IV. — de Gutmann, Beaugeard, Mlle Abadi. — Le jeune X, âgé de 19 ans, vient le 13 septembre 1932 à l'Hôtel-Dieu pour être opéré d'appendicite.

Les troubles dont il se plaint ont commencé brus-

quement le 27 juillet dernier. A cette date, au milieu de la nuit, il est réveillé par des douleurs abdominales violentes continues, entrecoupées de paroxysmes, sans localisation très précise. En même temps, le malade ressent des nausées qui ne vont pas jusqu'aux vomissements. Il n'existe aucun autre trouble ; la température n'est pas prise. Cet état de douleurs abdominales violentes avec nausées dure jusqu'au lendemain et se termine vers midi.

Une quinzaine de jours plus tard, le 12 août, le malade est de nouveau réveillé la nuit par des douleurs abdominales diffuses, violentes, qui, quelques heures après le début, se localisent dans la fosse iliaque droite. Des vomissements surviennent et la température monte à 38°5. Le lendemain, un médecin appelé porte le diagnostic de crise appendiculaire.

La crise se termine le 15 août et est suivie pendant deux jours d'une légère diarrhée.

A partir de ce moment, et jusqu'à son arrivée à l'Hôtel-Dieu, c'est-à-dire pendant un mois, le malade ne cesse de ressentir des douleurs plus ou moins violentes dans la région appendiculaire, irradiant dans la cuisse, accentuées par la marche qu'elles rendront parfois impossible. En même temps, l'état général est touché, le malade maigrit de 4 kg., pâlit, l'appétit est nul ; la température oscille entre 37° et 38°. Une fatigue croissant de jour en jour, une asthénie pro-

fonde enfin obligent le malade à interrompre son travail et c'est dans ces conditions que M. X vient le 13 septembre consulter et demande à être opéré d'appendicite.

A l'examen, il existe une douleur extrêmement vive au point de Mac-Burney, très localisée, augmentée par la contraction du psoas ; l'examen est tout à fait celui d'une appendicite chronique très nette.

Mais contrastant avec cet aspect banal, le faciès du sujet est tout à fait frappant. Le teint est d'une pâleur cireuse, les muqueuses sont décolorées, il existe un léger degré de cyanose des joues et des lèvres. A l'examen général, on constate au cœur un souffle d'insuffisance mitrale, souffle classique de la pointe, en jet de vapeur, se propageant dans l'aisselle. La tension est de 14,9 au Laubry. Le foie est normal, la rate percutable sur trois travers de doigts. Tout le reste de l'examen (poumons, système nerveux, urines, etc.) est normal.

C'est dans ces conditions que l'idée s'évoque d'une doussée de maladie de Bouillaud. On interroge le sujet et l'on apprend qu'à l'âge de 7 ans et de 15 ans sont survenues deux crises de rhumatisme articulaire aigu. Vers juin 1933, environ trois semaines avant la première crise abdominale, ont commencé à apparaître de très légères douleurs aux chevilles, à l'avant-bras, aux masses musculaires du mollet, douleurs si légères

et si fugaces que le malade n'a même pas songé à s'en plaindre et qu'il a fallu, par l'interrogatoire, les lui remettre en mémoire.

On tente alors l'épreuve du traitement salicylé huit grammes par jour *per os*.

Le 25 septembre, le malade revient : il existe une amélioration très nette. La pâleur a diminué, la lassitude a cessé ; dès l'institution du traitement, toute douleur, aussi bien abdominale qu'articulaire ou musculaire, a disparu ; la température se maintient entre 37° et 37°7.

A l'examen, le point appendiculaire est bien moins douloureux.

Le 5 octobre quand on revoit le malade l'amélioration est devenue manifeste. Il y a eu dans l'après-midi du 25 une poussée thermique à 38° 5 avec douleurs thoraciques irradiant vers l'épaule gauche ; mais après quelques heures tout est rentré dans l'ordre. Depuis la dernière visite, le malade a repris 1 kg. 500 (du 25 septembre au 1^{er} octobre), il n'est plus ni pâle, ni asthénique ; il n'y a plus aucune douleur et même la palpation de la fosse iliaque droite est tout à fait indolore.

Le traitement salicylé est continué aux mêmes doses.

Le 10 novembre, le malade refait une poussée nouvelle ; la température monte à 38° ; la cheville

droite est rouge et douloureuse ; en même temps, la fosse iliaque droite redevient douloureuse ; à l'examen il existe de nouveau un signe de Mac-Burney net.

On augmente alors la dose de salicylate à 12 grammes par jour et l'on y joint des injections de soufre et d'iode.

En quelques jours, la crise s'apaise, l'amélioration redevient nette.

On continue le traitement salicylé *pér os* à la dose de huit grammes par jour, traitement qui est supporté sans aucun inconvénient.

Le malade revu en janvier va tout à fait bien, les douleurs abdominales et celles des articulations et des muscles ont complètement disparu. L'état général est excellent.

Observation V. — A propos des formes pseudo-appendiculaires, Blechmann dans le *Concours médical* rapporte l'observation d'un enfant de 13 ans qui, le 10 juillet 1927, est pris de vomissements et de douleurs abdominales à type de coliques, surtout marquées à droite. Le lendemain bon état général, mais ventre très tendu et sensible à la palpation de la fosse iliaque droite. On intervient, et on trouve un intestin et un appendice congestionnés ; un peu de liquide clair dans l'abdomen. Après l'appendicectomie, la température ne baisse pas et vers le quatrième jour apparaissent

des douleurs articulaires. L'enfant est pâle, la fièvre est élevée, le pouls lent battant à 72, 76, la langue sale, le cou-de-pied droit et les genoux sont douloureux et gonflés avec un léger épanchement. Pas de taches rosées sur l'abdomen qui est un peu ballonné mais souple; foie et rate normaux.

Au cœur, mouvement de roulis assez lent avec aire de matité cardiaque augmentée, le premier bruit est à la fois assourdi et voilé; à la pointe souffle systolique un peu rude, se propageant à l'aisselle.

Quelques râles discrets de la base droite. Hémoculture négative. Glace sur le cœur, salicylate à la dose de six grammes par jour. Le 19 juillet, la température est à 37°3, les phénomènes articulaires ont disparu. Le 12 juillet, l'enfant est apyrétique, le souffle systolique diminue d'intensité.

L'enfant suivi se porte bien dans la suite.

Observation VI. — *de Guido Costa Bertani et Aquiles Molfino.* — Les auteurs rapportent l'histoire d'un écolier argentin âgé de 8-11 ans qui dans son enfance, à plusieurs reprises, avait présenté des douleurs abdominales à type de coliques.

Trois mois auparavant on notait une angine cryptique. L'enfant habituellement constipé fut pris à son lever, le 15 septembre 1934, de douleurs abdominales qui persistèrent jusqu'au retour de l'école;

depuis environ une semaine on relevait de l'anorexie.

L'examen mettait en présence d'un enfant bien développé qui se plaignait de douleurs spontanées qu'il localisait dans la fosse iliaque droite, la langue saburrale, l'abdomen légèrement météorisé : la palpation superficielle ne déterminait pas de douleurs ; la palpation profonde des diverses régions était indolore, sauf dans la fosse iliaque droite au Mac-Burney où il existait une douleur vive non accompagnée de défense ni de contracture ; léger état nauséux. On porte le diagnostic d'appendicite et l'intervention immédiatement pratiquée permet l'ablation d'un appendice enflammé, très vascularisé ; il existait de plus des adhérences anciennes témoins d'atteintes antérieures.

Le matin du 16 septembre, le malade avait une température de 37°6 et un pouls qui battait à 115 ; le soir la température atteignit 38°6. L'enfant étant très déshydraté on installe un goutte à goutte rectal et on administre du bicarbonate de soude, l'examen des urines ayant décelé la présence d'acétone.

Le 17, la température du matin est de 37°8 ; le soir 38° ; l'examen clinique attentif ne révèle pas la cause de cette fièvre.

Le 18, on purge le malade à l'huile de ricin. La température persiste : 38° le matin, 37°6 le soir.

L'enfant signale l'apparition de douleurs métatarsiennes droites, auxquelles on n'attache guère d'im-

portance. Le 19, dans la matinée, l'enfant se plaint d'une douleur violente du genou gauche qui est apparue dans la nuit : à l'examen, les mouvements de l'articulation sont très douloureux, une douleur vive est réveillée par la pression au niveau de la rotule ; il n'existe pas de choc rotulien ; la température est à 38°.

La dose quotidienne de salicylate est de 8 grammes par fractions de 1 gramme par heure, associé à une dose double de bicarbonate ; le soir, l'enfant ayant absorbé 4 grammes de salicylate, présente une vive douleur de l'articulation coxo-fémorale droite avec fièvre à 37°8 ; on pratique une injection intraveineuse de un gramme de salicylate, le reste de la dose étant pris *per os*.

Le 20 septembre, après une bonne nuit, on note l'apparition de sueurs profuses ; les douleurs articulaires ont disparu sauf celle de la hanche droite. On pratique dans la journée deux injections intraveineuses jointes à une dose de 9 grammes *per os*. Les arthralgies disparaissent complètement, la température ne dépasse pas 36°6. Comme l'acétonurie persiste en dépit de l'alcalinisation et de l'ingestion d'hydrate de carbone, on injecte dix unités d'insuline.

Le 21 et 22 septembre, l'amélioration s'accroît, on ne relève aucune douleur articulaire, pas de fièvre. La dose de salicylate est de 8 grammes, l'insuline de dix unités.

Pendant toute cette période, le cœur est resté entièrement indemne.

Il semble qu'on puisse attribuer un certain rôle au traumatisme opératoire dans l'apparition des arthrites jusque là latentes.

b) *Manifestations hépatiques*

Elles sont en réalité exceptionnelles.

Homolle dans le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* écrit à ce sujet : « le foie n'est presque jamais atteint, parfois on note un subictère précoce, accompagnant un léger embarras gastrique ».

Huxham en 1730 signale aussi la jaunisse alternant avec des crises rhumatismales.

Grenet dans la *Presse Médicale* du 28 octobre 1915 en signale trois cas.

Dans la première observation, il s'agit d'un ictère léger accompagnant le début d'une crise rhumatismale ;

Dans le second cas, un ictère foncé survient au troisième jour d'un rhumatisme grave, il fut persistant. On notait une décoloration des matières et des pigments biliaires dans les urines.

Enfin dans la troisième observation, Grenet signale un ictère passager avec urobiline et insiste sur la notion de terrain au point de vue pronostic.

Plus récemment, Grenet a publié une observation de *cholécystite* probable.

Chez une jeune fille de 15 ans qui avait présenté une angine quinze jours auparavant surviennent des signes de cholécystite qui s'améliorèrent quand apparurent des signes d'endopéricardite.

La fièvre très élevée tomba par l'institution du traitement salicylé.

Mort en quelques jours par asystolie non fébrile. L'hémoculture s'était montrée négative.

Crouzon et Leplay dès 1907 avaient signalé un ictère au cours d'un rhumatisme articulaire aigu ;

Il s'agissait d'un homme de 35 ans qui en était à sa treizième crise rhumatismale ; le début de cette crise avait été marqué par une angine et des arthropathies multiples. Trois jours après son hospitalisation survint un ictère s'accroissant rapidement, pendant deux à trois jours les matières furent décolorées. Les urines contenaient des pigments mais pas d'urobiline. Le foie débordait le rebord costal de un à deux travers de doigt, il était douloureux à la pression, légère splénomégalie. L'ictère dura vingt jours et se termine par une crise polyurique.

Un mois après le début des accidents, la température était normale, l'ictère avait disparu mais l'anémie était très marquée. L'auteur fait remarquer qu'il s'agissait d'un éthylique avéré ; ici encore intervient la

notion de terrain qui influe certainement sur la localisation.

c) *Syndrome douloureux à type d'épigastralgie*

Observation I. — (*Hutinel et Martin*). — Il s'agit d'un sujet argentin de 21 ans, pris en juillet 1929 de fièvre et d'un syndrome douloureux à type de névralgie phrénique, s'accompagnant parfois de toux et de hoquet¹.

Pas d'antécédents pathologiques, sauf une rougeole et une varicelle dans l'enfance.

Le début de l'affection date du 15 juin 1929, est très marqué par un état saburral de la langue, de l'anorexie, des pesanteurs gastriques et de l'asthénie marquée; la température oscille entre 38° et 38°5.

Malgré le repos au lit, l'état général s'aggrave, la fièvre atteint 39°, les troubles digestifs s'exaspèrent; le malade accuse des douleurs épigastriques violentes, angoissantes, coupant la respiration; il existe un endolorissement de la région sternale avec douleur irradiant au cou, à la région mastoïdienne gauche, à l'épaule. En même temps, petite toux, sèche, exagérant la douleur, avec crises de hoquet durant plusieurs heures.

1. Les auteurs pensent que ce syndrome de névralgie phrénique est sous la dépendance d'une atteinte pleurale discrète, strictement localisée à la plèvre diaphragmatique.

Le 8 juillet, pâleur, amaigrissement de 15 kg., mais état général conservé, douleur phrénique aux points d'élection, le reste de l'examen est négatif. Par l'interrogatoire on retrouve des douleurs articulaires discrètes, sans rougeur ni tuméfaction des articulations.

Pâleur, sueurs profuses, température persistante avec la notion d'arthralgies font penser à une étiologie rhumatismale. Puis rémission jusqu'au 15 août où il survient une reprise des symptômes du début avec tachycardie et légères modifications des bruits du cœur, sans les localisations articulaires. Le malade se rétablit mais refait une crise le 23 décembre, identique, mais avec une atteinte du genou gauche caractérisée par la douleur, un léger épanchement, une légère tuméfaction, sédation en trois jours par le salicylate. Dans la suite, le malade fait de nouvelles crises frustes, grâce à un traitement salicylé prolongé ; on n'a jamais mis en évidence d'atteinte cardiaque cliniquement ni radiologiquement, mais on a noté une immobilité de la partie supérieure du diaphragme gauche, correspondant au point douloureux qu'accuse le malade.

Le mode de début de la crise rhumatismale peut dans certains cas occasionner des symptômes d'emprunt qu'il est très difficile de rattacher à leur véritable cause ; c'est alors seulement l'évolution de la maladie qui tranchera le problème. C'est le cas de

ce syndrome douloureux à type de névralgie phrénique et d'épigastralgie survenue chez ce malade

B. MANIFESTATIONS PERITONEALES GENERALISEES

A côté des formes où l'atteinte péritonéale est localisée à la région appendiculaire ou hépatique il existe des cas où le virus rhumatismal provoque une réaction généralisée de la séreuse péritonéale. Cette forme est d'ailleurs exceptionnelle, l'infection rhumatismale se localisant beaucoup plus volontiers sur les autres séreuses : synoviales, péricarde, plèvre ; accessoirement méninges et péritoine. Ces réactions se voient presque exclusivement chez l'enfant ou l'adulte jeune.

Nous envisagerons d'abord rapidement les troubles digestifs de durée éphémère et sans gravité que l'on peut observer aux différentes périodes de la maladie rhumatismale ; ces symptômes isolés semblent traduire une légère réaction péritonéale toute passagère, ce sont : la diarrhée préarthropatique, les vomissements du début, la constipation et l'état saburral de la période d'état.

Lucien Dory, dans sa thèse, a bien décrit *la diarrhée préarthropatique*, surtout fréquente chez l'enfant, sé-

reuse, abondante, qui précède de peu les arthropathies et cède brusquement dès leur apparition. Cette diarrhée semble évoluer comme signe précurseur dans le tiers des cas (Grenet), proportion sensiblement la même que celle de l'angine qu'il est classique de signaler.

Il rapporte l'observation d'un enfant de 6 ans 1/2 qui, en août 1931, pendant un séjour au bord de la mer, est pris brusquement de température et de diarrhée.

Du 10 au 20 août il présente de la diarrhée, dix selles par jour.

Amaigrissement et fièvre font craindre la tuberculose et on amène le petit malade à Laënnec où l'on constate l'intégrité du cœur et des poumons.

Le 19 septembre, apparaît un souffle d'insuffisance mitrale sans fièvre. La cuti-réaction est négative, la température oscille entre 37°3 et 37°7. Traitement salicylé, la température se maintient à 37°, le souffle semble définitif. En juin 1932 survient une crise poly-articulaire typique.

Le début de l'atteinte rhumatismale peut être marqué par *des vomissements* : en voici une observation inédite :

Observation :

Il s'agit d'un enfant de 13 ans 1/2 entré le 12 octobre 1934 à Bretonneau dans le service du Docteur Grenet. Vers le 15 juillet il aurait présenté un phlegmon de l'amygdale ; quelques jours, après surviennent

des douleurs articulaires aux membres inférieurs et supérieurs.

Le salicylate prescrit n'ayant pas été supporté, on a cessé le traitement au bout de trois jours.

L'enfant est resté alité tout le mois d'avril ; il a passé le mois de septembre au bord de la mer où il a présenté quelques vomissements, quelques douleurs rhumatismales.

De retour à Paris au début d'octobre, il n'a cessé d'avoir des vomissements après les repas ; toux sans expectoration.

A l'examen : on trouve un souffle systologique de la pointe, un souffle diastolique de la base de l'appendice xyphoïde, tachycardie. Le 19 octobre, bruit de galop atténué, foie débordant légèrement le rebord costal.

Le 22, le galop devient net, le pouls s'accélère malgré la digitale.

Le 24, légère bouffissure de la face, traces d'albumine dans les urines, dyspnée. Mort le 26 octobre par asystolie.

A la période d'état la constipation et l'état saburral du tube digestif sont classiques.

En voici un exemple récent :

Observation.

L'enfant V..., Ginette, 7 ans 1/2 entre le 17 avril 1930

à Bretonneau, salle Labric, pour douleurs articulaires et fièvre à 38° depuis la veille.

L'enfant a déjà présenté chez elle des douleurs au niveau de la hanche droite, des chevilles, du coude gauche.

Quelques jours après il ne persiste plus aucune douleur articulaire spontanée ou provoquée en ces points non plus qu'en aucune autre articulation.

Examen du tube digestif : langue très blanche, saburrale — l'enfant n'a pas eu de selle depuis deux jours — et a présenté un vomissement alimentaire, température à 38°, traitement par le salicylate à la dose de 8 grammes.

Au niveau du cœur on signale un souffle mésosystolique ne se propageant pas, diminuant nettement par le passage à la position assise. On fait le diagnostic de R.A.A. fruste avec souffle extra cardiaque. Malgré le salicylate (8 grammes) le 28 avril le souffle a tous les caractères d'un souffle organique d'insuffisance mitrale.

Le 1^{er} mai, intolérance au salicylate, qui est interrompu jusqu'au 7 mai, puis repris jusqu'au 13 juin. On n'entend plus de souffle de la pointe mais un petit souffle systolique dans l'aisselle qui paraît être la propagation d'un souffle d'insuffisance mitrale.

Parfois les signes sont plus bruyants, semblant traduire une atteinte passagère de la séreuse péritonéale.

Observation.

L'enfant Del..., Jeanne, 11 ans, entre le 23 juin 1932 à Bretonneau.

A 10 ans *appendicectomie*.

Le 4 juin 1932, abcès dans la gorge. Le 18 juin apparaissent des douleurs aux pieds et aux jambes.

Température : le matin 37°5, le soir 38°9.

Le 19 juin, surviennent des douleurs abdominales très vives, à siège surtout péri-ombilical, non accompagnées de vomissements.

Le 21 juin, les douleurs abdominales étaient si vives que le médecin décide l'envoi de l'enfant pour crise de rhumatisme avec réaction péritonéale.

Le 22 juin, à l'entrée, cœur et poumons normaux. La douleur provoquée de siège péri-ombilical est modérée. Température à 37°. Traitement au salicylate.

Dès le 26 juin, la douleur abdominale avait disparu ainsi que les douleurs articulaires. Le cœur est normal. Pas de fièvre. L'enfant sort guérie le 11 juillet, depuis cette époque, pas de nouvelles crises.

Plus intéressantes sont les formes qui constituent de véritables complications et en particulier les formes pseudo chirurgicales qui feront l'objet de ce deuxième chapitre.

Voici une observation inédite qui illustrera nos assertions :

L'enfant L..., Georges, 7 ans, entre salle Barthiez à Bretonneau le 2 novembre 1932.

Né de parents bien portants (sa mère a fait cependant en 1931, une crise R.A.A. sans manifestations cardiaques), il a fait à l'âge de 2 ans une *crise de R.A.A avec début infectieux*, caractérisée par de la diarrhée, de la fièvre et une atteinte cardiaque laissant dans la suite un souffle d'insuffisance mitrale.

L'enfant était traité en ville pour cette lésion ; rien d'autre à signaler.

L'affection actuelle a débuté brusquement le 29 octobre ; l'enfant se réveille fatigué mais va à l'école ; ce n'est qu'à midi qu'il est obligé de s'aliter.

Le médecin appelé constate alors un état grippal avec :

- a) fièvre à 40°
- b) céphalée
- c) vomissements
- d) malaise général intense.

L'examen montre seulement quelques ronchus aux bases mais pas de gros râles, par de taches rosées.

Le lundi 31, le médecin est appelé d'urgence pour une *épistaxis* très abondante (ayant sali trois serviettes) nécessitant une injection d'anthéma et une compression digitale. A ce moment, l'examen montre une grosse rate et quelques pétéchies disséminées sur l'abdomen, la température est à 41°, on décide le transport d'urgence à l'hôpital.

L'examen met en présence d'un enfant :

pâle, non cyanosé,

manifestement fébrile,

agité,

maigre mais normalement développé.

A l'épigastre, dans les hypochondres, quelques taches purpuriques pétéchinales sont disséminées. L'on en note en outre au-dessus du pli inguinal et à la face externe de la cuisse droite. Au total, une dizaine d'éléments, de la grosseur d'une tête d'épingle, rouge foncé, non surélevés, ne disparaissant pas à la pression.

Examen du cœur : des battements tumultueux, la pointe bat dans le cinquième espace, immédiatement en-dessous du mamelon, le choc en est violent.

L'auscultation fait percevoir un souffle systolique très intense de la pointe, à siège maximum un peu en dessus et en dedans de la pointe — s'entendant dans toute l'aire cardiaque mais à propagation plus nette vers l'aisselle. — On note en outre un claquement systolique de la mitrale.

L'enfant est dyspnéique, la respiration très rapide (50 à 60 par minute). L'on trouve seulement à l'auscultation quelques ronchus aux deux bases.

Examen de l'abdomen :

Rate très augmentée de volume.

On l'accroche facilement à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal, qui n'est pas ptosé, on

la percute sur cinq à six travers de doigt en avant de la ligne axillaire.

Elle est lisse, non douloureuse.

Le foie est légèrement augmenté de volume, il dépasse de deux à trois travers de doigt le rebord costal,

il est lisse, légèrement douloureux.

L'abdomen est souple, les reins non palpables. L'on note seulement un gargouillement net dans les deux fosses iliaques.

Les autres appareils sont normaux.

Le 2 novembre : examen d'urines, présence d'albumine. *Hémoculture négative.*

Le signe du lacet est négatif. Après dix minutes, on remarque seulement une très petite pétéchie sur l'avant-bras.

Tension artérielle 11-3 (difficilement perçue pour la minima).

Le 3 novembre, la température est à 40°. La dyspnée toujours vive. L'enfant est délirant, loquace, mais répond cependant avec exactitude aux questions.

Pas de nouvelles pétéchies.

Pas d'ecchymoses aux points de piqûres.

Salicylate huit jours.

Sérum de Vincent : 40 cmc.

Le 4 novembre, l'enfant est décédé.

Voici enfin une observation où le diagnostic a pu

être fait sur la notion d'arthropathies antérieures et sur l'apparition d'un frottement péricardique et des souffles d'endocardite.

Observation II (Thèse de Schalit Resche résumé).

— Enfant de 8 ans envoyée le 13 janvier aux Enfants Malades avec le diagnostic d'appendicite.

Le 9 janvier, elle avait été ramenée de classe avec une violente céphalée et une température de 39°. Deux jours après violentes douleurs diffuses dans l'abdomen, à prédominance gauche, en outre légère otalgie. Une dizaine de jours auparavant on relevait des douleurs articulaires aux chevilles.

Le chirurgien avait noté un abdomen douloureux à la pression, sans localisation précise et une contraction de la partie inférieure de l'abdomen ; au toucher rectal on réveillait une douleur dans le Douglas. Le pouls battait à 90-100 pour une température de 38°-39°. On notait l'absence de vomissements, par contre une constipation opiniâtre.

En résumé, syndrome abdominal aigu, faisant penser à une péritonite ; glace sur le ventre.

Trois jours après, rétrocession des symptômes mais apparition de violentes douleurs aux chevilles ; pâleur, amaigrissement, enfant fatiguée. Température de 38°, pouls à 75, seules les articulations tibio-tarsiennes étaient douloureuses, sans rougeur, sans

gonflement. A la palpation de la fosse iliaque gauche, on réveillait une légère douleur et une défense musculaire ; langue saburrale.

Au cœur : assourdissement des bruits surtout à la pointe ; à la base, on percevait de façon inconstante un bruit mésodiastolique qui semblait être un frottement péricardique ; la tension au Vaquez était de $61\frac{1}{2}$ -12. Le traitement salicylé est alors institué. Hémoculture négative.

Le 18 janvier apparaît un souffle systolique avec maximum à la pointe ; le frottement perçu le 16 janvier s'était atténué ; pouls à 100 avec température à $38^{\circ}9$; les chevilles n'étaient plus douloureuses.

Le 20 janvier, le souffle était holosystolique et piaulant siégeant à la pointe, sans propagation. En outre au foyer aortique souffle systolique et retentissement du deuxième bruit au foyer pulmonaire. Il persiste cependant un souffle systolique de la pointe traduisant l'endocardite rhumatismale.

Cette observation met bien en évidence l'atteinte élective des séreuses au cours de la maladie rhumatismale : synoviales, péricarde, plèvre, et même péritoine qui, contrairement à l'opinion de Lasègue, peut être intéressé dans certains cas.

D'après les constatations opératoires il s'agit d'une réaction congestive et exsudative du péritoine qui évolue vers une résorption rapide sans jamais suppurer (Schalit Resche).

4^o MANIFESTATIONS POLYVISCERALES

Observation I de Lenoble et Pineau (résumé).

— Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, sculpteur, qui entre à l'hôpital civil de Brest le 12 octobre 1925.

On ne relève rien de particulier dans les antécédents personnels et familiaux.

A son entrée, signes de pleurésie, épanchement bilatéral, température à 39°, dyspnée et frottement péricardique accompagnant un souffle extra-cardiaque. L'abdomen est tendu, le foie déborde le rebord costal, les urines sont rares, mais ne contiennent ni sucre ni albumine.

On fait le diagnostic de périviscérites avec prédominance de péricardite probablement rhumatismale.

L'examen des crachats ainsi qu'une hémoculture se sont montrés négatifs. La ponction du péricarde a ramené un liquide jaunâtre avec hématies nombreuses, polynucléaires — quelques cellules de la paroi. L'examen bactériologique et la culture ne mettent aucun germe en évidence — il existe cependant une leucocytose sanguine.

Apparition d'une crise de douleurs articulaires
cédant au salicylate.

Le malade sort guéri le 3 décembre 1925.

Il rentre le 22 octobre 1926 pour coliques avec diarrhée profuse surtout le soir, huit à neuf selles par jour, verdâtres, liquides, fétides et sanglantes. Le malade est très amaigri, déshydraté, et il n'existe pas d'œdèmes.

Les poignets sont déformés, épaissis; les mouvements sont très limités, douloureux à la pression, rappelant l'aspect de la tumeur blanche.

On ne note ni toux ni expectoration. Pas de véritables hémoptysies (deux crachats hémoptoïques). L'examen révèle une légère submatité, quelques râles aux bases. Pouls à 108 bien frappé.

Tension artérielle au Pachon 7-2. Les bruits du cœur sont assourdis, le deuxième bruit est claqué à la base. Pas de souffle.

Le tube digestif paraîtrait indemne si ce n'était la diarrhée, sept à huit selles par jour. Abdomen légèrement ballonné, légère circulation collatérale.

Le 27 octobre température à 38°7.

Rate non perçue. Rien d'anormal dans les urines; réaction de Meyer négative dans les selles.

Le foie augmente de volume.

Le malade meurt le 30 octobre 1926.

Le diagnostic porté est le suivant : Entéro-péritonite

et périviscérite de nature tuberculeuse probable avec gros foie.

Émaciation, gros foie, masses ganglionnaires pulmonaires à la radioscopie et à l'autopsie, granulations de la rate, troubles gastro-intestinaux plaident en faveur de la tuberculose.

Mais cependant la preuve de la nature bacillaire n'a jamais été faite car l'absence totale de bacilles de Koch après culture et inoculation, font considérer l'adénopathie hilaire comme de nature rhumatismale (adénite rhumatismale de Brissaud) gros foie et diarrhée seraient d'origine mécanique.

L'auteur en fait un syndrome analogue comme constitution à la cirrhose cardio tuberculeuse d'Hutinel.

Alternance de symptômes articulaires, digestifs et cardiaques.

Observation II (personnelle). — Mme Ges..., 29 ans, avait été atteinte dans son enfance de douleurs articulaires de l'épaule droite, puis du genou gauche, non fébriles, qui avaient été étiquetées : douleurs de croissance.

A l'âge de 15 ans, précédée d'une angine auxquelles la malade était particulièrement sujette, survient *la première crise* typique. Le genou gauche qui était le siège d'une légère hydarthrose, se met soudain à augmenter de volume, il devient rouge et la chaleur

locale est sensiblement plus élevée que du côté opposé. C'est alors qu'apparaissent des douleurs spontanées vives, les mouvements tant actifs que passifs sont limités parce qu'extrêmement douloureux.

La température n'est pas prise régulièrement.

La malade est traitée en province par le repos et les rayons ultra-violets. Puis à leur tour, se prennent l'épaule gauche et le coude droit, créant ainsi une impotence fonctionnelle qui dura environ six mois.

Déjà à cette époque la malade se plaignait de dyspnée d'effort, et de tendances syncopales, sans qu'un examen cardio-vasculaire ni radiologique n'ait été alors pratiqué.

En 1924, *apparition des troubles digestifs* à type d'entéro-colite muco-membraneuse caractérisée par des périodes de constipation opiniâtre suivies elles-mêmes de débâcles diarrhéiques avec glaires dans les selles. La malade accuse alors des nausées et des douleurs abdominales sur tout le trajet du colon.

En novembre 1924, survient une crise abdominale aiguë, douleur brutale dans la fosse iliaque droite, état nauséux, constipation marquée font porter le diagnostic d'appendicite. Un traitement médical est institué : glace sur le ventre, diète, frictions au collargol.

On intervient à froid en février 1925 à Bordeaux : ablation d'un appendice long, sans lésions apparentes,

mais adhérent à l'ovaire droit ; la malade présentait d'ailleurs des règles douloureuses l'obligeant à s'aliter, très abondantes, durant neuf jours et des pertes blanches.

Trois jours après l'appendicectomie nouvelle poussée articulaire fébrile, se localisant à la hanche droite et entraînant une légère claudication.

En 1929, poussée de cholécystite avec subictère de la peau et des muqueuses, décoloration des matières qui ont la teinte mastic, urines rougeâtres, douleur sous-costale droite irradiant à l'omoplate ; amaigrissement.

Au bout d'un mois environ tout rentre dans l'ordre, mais en *mars* 1932 au début d'une première gestation, la malade contracte une rougeole sévère avec température élevée et délire, bientôt suivie d'une coqueluche. Accouchement normal à terme d'une fille nourrie au sein.

Mais *au cours de l'allaitement* survient une *nouvelle poussée articulaire* de l'épaule droite, si douloureuse que l'on a pu songer à interrompre l'allaitement.

En juin 1934, la malade consulte à l'occasion d'une nouvelle gestation, inquiétée par de l'œdème des membres inférieurs, de la dyspnée d'effort, de la tachycardie. *Un traitement de salicylate per os* est institué à la dose de 6 grammes pendant dix jours, un repos de dix jours, puis à nouveau 6 grammes quotidiennement.

La gestation est alors bien supportée et l'accouche-

ment est normal, mais cependant dès les premiers jours de l'allaitement les douleurs de l'épaule réapparaissent.

A l'examen, on se trouve en présence de signes d'insuffisance mitrale bien compensée ; la palpation révèle un frémissement cataire assez important. A l'auscultation on entend un souffle systolique de la pointe irradiant dans l'aisselle. Tension artérielle 11-7. Les poumons sont cliniquement et radiologiquement sains. Le foie n'est pas augmenté de volume, il est indolore, il n'y a pas de dyspnée, pas d'œdème malléolaire ; les urines sont d'aspect et d'abondance normales.

Dans les antécédents, on remarque que les père et mère sont rhumatisants, un grand-père est goutteux ; une sœur a été aussi atteinte de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 19 ans.

Ce qui semble ressortir de cette observation c'est l'alternance des troubles digestifs et des manifestations articulaires, ce qui ferait peut-être donner à la manifestation digestive la valeur d'un « équivalent » comme il est admis que la chorée de l'enfant « équivaut » à une poussée articulaire.

Il est intéressant de noter ici le rôle du traumatisme opératoire ou obstétrical dans l'apparition des arthralgies.

Observation III. — Voici une autre observation inédite où le polymorphisme de l'atteinte rhumatismale semble bien démontré : symptômes articulaires, digestifs, cardiaques et manifestations choréïques.

L'enfant Roger B..., 11 ans 1/2 entré le 10 juin 1934 dans le service du Docteur Grenet.

Dans les antécédents, on relève une rougeole, une varicelle et en *juillet* 1933 une crise rhumatismale durant un mois, traitée par le salicylate.

Entré pour douleurs abdominales survenues brusquement le 8 juin ; le maximum de la douleur siégeant à droite ; la température était à 39°. Cependant il n'y avait eu ni vomissements ni constipation.

A son entrée la fièvre était de 39° mais les douleurs abdominales avaient disparu ; on ne réveille pas de douleur à la palpation de la fosse iliaque droite. Le lendemain la température était de 38°.

Le 12 juin, la température fait un crochet à 39°, en même temps qu'apparaissent *des douleurs articulaires* dans les genoux et le cou-du-pied des deux côtés, puis envahissant les épaules. Les douleurs sont peu vives, n'empêchant pas le malade de marcher, en même temps la température s'élève progressivement.

Traitement salicylé à la dose de 8 grammes *pro die*. Le 15 juin, les douleurs ont disparu, la température est à 37°8.

Le 18 juin, on note outre l'assourdissement des bruits du cœur depuis le début, un souffle systolique qui semble holosystolique, qui est doux et assez sourd, qui s'entend surtout très en dedans de la pointe près du sternum.

Le 10 juillet : toujours subfébrile (38°) malgré le salicylate et l'auto-hémothérapie.

La température remonte à 39°, survient *une nouvelle poussée articulaire*, douleurs dans le coude droit puis dans le coude gauche, les phalanges, torticolis.

Pas de modification de la lésion cardiaque. On donne 10 gr. de salicylate, les douleurs disparaissent.

Le 16 juillet, souffle systolique nettement apexien, d'intensité plus forte, holosystolique.

La radiographie de la région coccygienne montre une *spina bifida*.

Le 3 juillet : salicylate supprimé depuis deux jours, à nouveau *clocher fébrile, nouvelle poussée articulaire* de l'épaule gauche — torticolis — douleur au coude gauche sans gonflement ni rougeur des articulations.

Le 21 juillet : Urée sanguine 0 gr. 38.

21 septembre : manifestations choréïques à prédominance gauche.

3 octobre : Hémoculture négative.

19 octobre, le souffle systolique a disparu, l'enfant sort le 25 octobre.

L'enfant est revu le 3 novembre. Pas de souffle systolique, rythme normal.

DIAGNOSTIC

Nous allons examiner maintenant les raisons pour lesquelles on est en droit, dans certains cas, de songer à une étiologie rhumatismale.

Parfois, comme dans l'observation de Lenoble et Pineau, c'est un diagnostic d'exclusion, c'est l'impossibilité d'attribuer le syndrome à la tuberculose qui fait pencher les auteurs en faveur du rhumatisme.

Dans d'autres cas, c'est le *caractère un peu atypique du syndrome* qui éveille l'attention et donnera leur valeur à des *signes surajoutés* : pâleur et sueurs, angine dans les jours précédents, notions d'arthralgies, souffle cardiaque signent en quelque sorte la maladie rhumatismale.

Nous allons essayer par l'étude des symptômes des formes pseudo-chirurgicales de discuter le diagnostic.

1° Formes pseudo-appendiculaires

Si la *douleur* est commune aux deux affections, elle semble cependant différer par ses caractères.

Dans le rhumatisme, il s'agit de douleurs diffuses, de localisation très variable ; si elle siège nettement au

point de Mac-Burney dans l'observation de Gutmann, Beaugeard et Mlle Abadi, d'autres fois son maximum est à gauche ; d'intensité variable, les douleurs sont souvent violentes, parfois elles ne sont réveillées que par la palpation, elles atteignent d'emblée leur maximum douloureux.

Par contre, la douleur de l'appendicite se localise précocement dans la fosse iliaque droite, elle est progressive, d'acuité croissante, précédant les vomissements.

D'apparition presque exclusivement nocturne, elle entraîne surtout chez l'enfant agitation et insomnie. Enfin la crise appendiculaire est souvent précédée de prodromes gastro-intestinaux.

Les vomissements sont à peu près constants dans l'appendicite, alimentaires, bilieux, enfin porracés, parfois remplacés par un état nauséeux, ils se montrent dans certains cas très tenaces.

Dans la maladie rhumatismale, les vomissements sont inconstants, ils n'existent pas dans les observations de Fèvre, de Stoïanovitch, en tous cas ils ne présentent pas cette abondance et cette ténacité.

La température peut être élevée dans le rhumatisme (observation de Blechmann) atteignant parfois 40° d'emblée. Dans l'appendicite, l'ascension de la température est rarement brutale, le plus souvent elle ne dépasse guère 38°-39°.

La constipation s'observe souvent dans l'appendicite, quoique la diarrhée soit l'apanage de certaines formes graves. Dans la maladie de Bouillaud, on signale surtout la diarrhée avec glaires dans les selles. Mais *le signe capital d'atteinte péritonéale reste la contracture.*

Si dans l'appendicite, elle peut parfois faire défaut, sa présence dûment constatée est un signe de certitude ; douleur et contracture avec maximum au Marc-Burney commandent l'intervention ; parfois il faut rechercher ces signes dans la fosse lombaire ou dans le pelvis par le toucher rectal.

Dans les manifestations abdominales du rhumatisme les caractères de la contracture diffèrent ; celle-ci est légère, simple défense musculaire, en désaccord avec la soudaineté du début, avec les douleurs et avec les vomissements. Quand elle existe, c'est une contracture légère, que l'on peut vaincre, et qui n'a pas de localisation précise.

Devant cet ensemble de symptômes qui ne réalisent pas exactement un tableau d'appendicite, on est plus frappé par *la conservation de l'état général* ; le faciès est le siège d'une *pâleur* caractéristique, mais il n'est pas anxieux et les traits ne sont pas tirés. Cette pâleur évoque l'idée de rhumatisme et fait rechercher dans les antécédents l'angine ou l'état infectieux qui a précédé de quelques jours l'apparition du

syndrome abdominal. Les arthralgies qui ont pu passer inaperçues ou un souffle cardiaque éclairent alors le diagnostic ; mais c'est surtout l'amélioration rapide par le traitement salicylé qui plaide en faveur du rhumatisme.

En réalité, il n'existe aucun signe de certitude qui permette un diagnostic entre appendicite et réaction pseudo-appendiculaire, d'autant plus qu'un rhumatisant ancien n'est jamais à l'abri d'une appendicite authentique. Ce n'est qu'un faisceau de présomptions : caractère atypique de la douleur et surtout de la contracture, présence d'arthralgies ou d'une cardiopathie qui peuvent autoriser la temporisation sous étroite surveillance.

2° Formes péritonéales généralisées

Nous avons vu que le rhumatisme pouvait réaliser certaines formes péritonéales diffuses extrêmement difficiles à différencier de la péritonite à pneumocoques en particulier.

Cette dernière s'observe électivement chez la fillette de 3 à 7 ans et se caractérise par un début brutal avec douleurs abdominales diffuses, d'intensité variable, des vomissements très précoces extrêmement abondants et persistants, une diarrhée fétide, une température s'élevant d'emblée à 40°, 41°. L'examen met en présence d'un abdomen douloureux,

sans localisation de la douleur et qui est le siège d'une contracture généralisée mais légère.

Parfois un état grippal antérieur, ou quelques vésicules d'herpès, signent l'infection pneumococcique.

Dans l'observation de Schalit Resche la ressemblance avec la péritonite à pneumocoques était très grande et le diagnostic n'a été fait que grâce à la présence d'arthropathies et à l'apparition ultérieure d'une péricardite

D'ailleurs ici l'indication opératoire ne se pose pas comme dans l'appendicite aiguë puisqu'il est d'usage de ne pas intervenir dans la péritonite à pneumocoques.

Ces deux diagnostics se sont posés presque exclusivement chez l'enfant ; chez la femme il faudra parfois songer à une poussée de pelvi péritonite d'origine génitale.

DISCUSSION

Les recherches modernes ont bien mis en lumière l'importance des réactions viscérales au cours de la maladie rhumatismale ; insistons ici sur quelques points.

1° La fréquence relative des signes digestifs

Ils semblent exister d'une manière inconstante, il est vrai, à toutes les périodes de la crise rhumatismale.

Les vomissements du début étaient déjà signalés par Huxham en 1730 qui notait assez souvent au début du rhumatisme : douleurs d'estomac avec vomissements. Ils semblent exister d'une manière particulièrement tenace dans notre observation citée à ce propos. Vomissements et douleurs articulaires coexistaient, puis les arthralgies disparurent tandis que les vomissements persistaient. Insistons sur :

La diarrhée préarthropatique de Grenet, elle est bien étudiée dans la thèse de Dory d'où nous avons extrait une observation concluante.

Cette diarrhée était d'ailleurs connue des anciens

auteurs Huxham, Stoll, plus tard Chomel qui dit avoir observé de la diarrhée et du météorisme. Triboulet, sur 200 observations de rhumatisme articulaire note des troubles intestinaux dans la moitié des cas.

Ceci pose *le problème de la porte d'entrée* de l'infection qui pourrait alors être digestive.

Il est intéressant de noter qu'antérieurement Gilbert et Lereboullet considéraient le pharynx comme porte d'entrée et peut-être les voies digestives.

La porte d'entrée serait-elle le pharynx ou l'amygdale ?
En faveur de cette opinion plaide la fréquence de l'angine dans les jours qui précèdent l'atteinte articulaire. Cette notion est classique et il est habituel de la rechercher avec soin. D'intensité variable, parfois non accusée par le malade et décelée seulement par l'examen, elle peut aller jusqu'au phlegmon de l'amygdale que nous relevons dans deux de nos observations ; l'angine banale s'y retrouve dans six cas.

Certains auteurs étrangers vont même jusqu'à faire jouer à *l'appendice* un rôle analogue dans la pathogénie du rhumatisme et à en conseiller dans ces cas l'extirpation. Ils considèrent l'appendice comme un organe lymphoïde, analogue comme structure et comme physiologie à l'amygdale qui, elle, semble très souvent la porte d'entrée de l'infection.

Mais Grenet avait fait remarquer que l'amygdalectomie n'empêchait pas l'évolution ultérieure du rhumatisme, et il est bien peu probable que l'appendicectomie systématique aboutisse à des résultats différents.

Signalons enfin l'opinion de Troisier, Raoul et Leboucher qui se demandent *si parfois cette porte d'entrée ne serait pas dentaire* ? Ils citent un cas où ces crises de R.A.A. sont précédées de névralgies dentaires. Une autre malade présentait depuis l'âge de 7 ans, au mois de mai de chaque année, des douleurs des deux maxillaires. A 14 ans, elles cessent, mais un an plus tard, précédée d'une angine apparaît une crise de rhumatisme.

Nous n'insisterons pas sur *la constipation, l'état nauséux et saburral, le météorisme* de la période d'état, qui ne cessent que par le traitement salicylé.

Par contre nous insisterons sur :

2° L'intérêt des formes pseudo-chirurgicales
et en particulier des formes pseudo-appendiculaires de beaucoup les plus fréquentes, qui posent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques parfois angoissants en l'absence d'arthropathies révélatrices.

Chez l'enfant et l'adulte jeune il semble bien en effet exister un véritable *mode de début pseudo-appendiculaire* de la maladie de Bouillaud, comme on en a écrit

dans la scarlatine, la rougeole la méningite cérébro-spinale et surtout les pneumonies de l'enfant.

Sans doute, la douleur est moins localisée, elle est vive d'emblée tandis qu'elle est progressive dans l'appendicite, la défense est moins marquée et plus diffuse que dans l'appendicite. On note souvent l'absence de nausées et de vomissements (observation de Fèvre, de Stoïanovitch). Tous ces petits signes ont leur valeur.

Devant un syndrome abdominal aigu, un peu atypique, surtout chez l'enfant, il faut ausculter systématiquement le cœur, examiner attentivement les articulations.

On recherchera dans les antécédents les arthralgies, les douleurs musculaires qui sont loin d'être toujours évidentes, chez l'enfant : le torticolis, « les douleurs de croissance » qui ne font pas leur preuve ou les manifestations choréïques, et plus particulièrement l'angine dans les jours précédents.

On se souviendra toutefois qu'un rhumatisant n'est jamais à l'abri d'une appendicite. Dans le doute, il est légitime d'intervenir quitte à voir apparaître les arthropathies dans les jours qui suivent l'intervention.

Un autre point de vue paraît intéressant c'est :

3° Le rôle du traumatisme dans l'apparition des arthrites

Dans une observation publiée par Auvray, les arthrites apparaissent le lendemain de l'intervention ;

quelques jours après l'appendicectomie, dans une observation de Costeodat. Dans notre observation de forme polyviscérale, trois jours après l'appendicectomie survient une nouvelle poussée articulaire. Après un premier accouchement, au début de l'allaitement, nouvelle poussée d'arthrite ; dans la suite, nouvel accouchement, réapparition des douleurs de l'épaule.

Gerbaut et Andermann dans un article récent (mars 1934) rapportent une très belle observation où le traumatisme joue un rôle certain dans l'éclosion d'une poussée rhumatismale généralisée. Déjà Brugières en 1817 écrivait au sujet des causes prédisposantes du rhumatisme : « tout ce qui est capable de débilitier certaines parties du corps comme un coup, une chute, une luxation ».

Nous nous demandons si le *shock opératoire*, parfois obstétrical n'aurait pas le même effet.

Dans ce même ordre d'idée nous signalons :

4^o L'importance de la notion de terrain sur la localisation

Digestive et spécialement hépatique (observation de Grenet). Il s'agit d'un malade éthylique avéré dans l'observation de Crouzon et Leplay. S'agirait-il d'une insuffisance digestive préalable qui créerait un point d'appel pour le virus rhumatismal ?

Nous avons déjà attiré l'attention au chapitre précédent sur :

5° La valeur de la crise digestive comme « équivalent » de la crise rhumatismale au même titre que la chorée.

Il est en effet classique depuis les travaux de Bezançon et Weill de considérer que la manifestation choréïque « équivaut » à une manifestation articulaire.

Pour Roger, arthrites, chorée, endocardite sont les manifestations habituelles de la diathèse rhumatismale.

La notion d'alternance des douleurs abdominales avec les symptômes articulaires était déjà signalée par Huxham dès 1730.

Dans notre observation de forme polyviscérale, cette alternance est particulièrement visible : crise articulaire à 15 ans, puis crise abdominale ; trois jours après l'appendicectomie, nouvelle poussée d'arthralgies puis poussée de cholécystite alternant avec une nouvelle atteinte articulaire.

Dans notre autre observation de forme polyviscérale, on relève une crise rhumatismale en juillet 1933, une crise abdominale en juin 1934, puis nouvelle atteinte articulaire, début d'endocardite, ensuite réapparaissent les arthralgies, enfin manifestations choréïques.

Au cours de l'étude des observations, nous n'avons pas pu nous empêcher de noter :

**6° La ressemblance des accidents péritonéaux
du rhumatisme articulaire aigu avec les
accidents péritonéaux du purpura**

En effet, l'arthrite dans les formes péritonéales pures apparaît au cours de la maladie rhumatismale comme l'éruption purpurique dans le purpura, à titre d'épiphénomène ; l'atteinte abdominale semble d'abord primitive (observation de Schalit Resche), syndrome abdominal faisant songer à une péritonite, semblant primitif jusqu'à l'apparition trois jours après des arthrites révélatrices. De même, Mondor dans ses *Diagnostics urgents* signale à propos du syndrome abdominal du purpura, que les signes cutanés manquent une fois sur trois.

Enfin il nous a semblé que l'arthrite pouvant survenir tardivement ou faire totalement défaut, les deux meilleurs critères restent :

a) *L'atteinte cardiaque* presque constante, le plus souvent décelable cliniquement ; parfois discrète, révélée seulement par l'électrocardiogramme (Vialard) signée anatomiquement sur le myocarde par le nodule d'Aschoff.

b) *L'action du salicylate de soude* qui se comporte comme un véritable « traitement d'épreuve » et qui agit non pas tant comme anti-infectieux que comme médication spécifique de la maladie de Bouillaud.

CONCLUSIONS

1. Les troubles digestifs, relativement rares au cours de la maladie rhumatismale, peuvent s'observer au début, à la période d'état ou même en dehors de toute atteinte articulaire, l'atteinte digestive semblant alors primitive.

2. On observe particulièrement chez l'enfant des réactions péritonéales généralisées ou localisées; les formes pseudo-appendiculaires en sont les plus fréquentes et les plus importantes à diagnostiquer.

3. L'origine rhumatismale de ces formes est difficile à mettre en évidence; l'attention sera attirée par le caractère un peu atypique du syndrome et par des signes surajoutés : pâleur et sueurs, notion d'arthralgies et surtout souffle cardiaque.

4. Le terrain semble influencer sur la localisation digestive de la maladie; en particulier sur la localisation hépatique.

5. Dans certains cas, les manifestations digestives alternent régulièrement avec les manifestations articulaires et peuvent être considérées comme leur équivalent.

6. Les traumatismes et le shock opératoire semblent jouer un rôle dans l'apparition des arthrites.

7. En l'absence d'arthralgies, les deux meilleurs arguments de l'origine rhumatismale sont :

a) l'atteinte cardiaque presque constante, décelée cliniquement ou par l'électrocardiogramme.

b) la régression rapide sous l'influence du salicylate de soude qui semble agir spécifiquement sur la maladie rhumatismale.

Vu : le Doyen,
ROUSSY

Vu : le Président de thèse
CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Auvray.** — « A propos des syndromes péritonéaux observés au début ou au cours du R.A.A. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, 56 : 548, 19 avril 1930).
- Blechmann.** — « Quelques problèmes cliniques posés par la maladie de Bouillaud », *Concours médical*, 18 mars 1931, n° 11 bis, p. 891).
- Chauffard.** — *Archives générales de Médecine* juin 1863,
- Costa Bertani et Aquiles Molfino.** — « Appendicite et fièvre rhumatismale », *Semana médica* (17 janvier 1935).
- Costedoat.** — « Début à forme péritonéale de la maladie rhumatismale ». *Bull. et Mém. Soc. des Hôp. de Paris*, 53, 1353-1355, 2 décembre 1929).
- Crouzon et Leplay.** — « Ictère au cours du rhumatisme articulaire aigu, (*Soc. Méd. des Hôp.*, 27 décembre 1907).
- Dory.** — *Rhumatisme articulaire aigu et appareil digestif* Thèse de Paris, 1925, Arnette éditeur.
- Etienne et Gerbaut.** — « L'infection rhumatismale », *Rev. Méd. de l'Est*, 1^{er} février 1930.
- Fèvre, Foliasson et Gativer.** — « Rhumatisme articulaire aigu à début par syndrome péritonéal », *Bull. Soc. de Ped. de Paris*, 28 : 492-495 octobre 1930.
- Gerbaut et Andermann.** — « Traumatisme et rhumatisme articulaire aigu », *Revue du rhumatisme*, mars 1934.

Grenet. — « Remarques sur le rhumatisme articulaire aigu. Contagiosité et troubles digestifs », *Sem. des Hôp. de Paris*, 3 : 288-295, 31 mai 1927.

— « Les formes extra articulaires de la maladie rhumatismale, *Presse Medicale* 38 : 363-356, 12 mars 1930.

— « Symptômes digestifs et formes anormales du rhumatisme articulaire aigu », *Progrès médical*, 1925, p. 422.

Herman. — *Formes extra articulaires de la maladie de Bouillaud*, Thèse de Paris, 1929.

Homolle. — *Nouveau dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratiques*, 1882.

Hutinel et Martin. — *Bulletin et Mémoire de la Soc. Med. des Hôp. de Paris*, 6 juillet 1931, n° 23, p. 1160.

Huxham. — *De oeve et morbis epidemicis*, 1730 t. II.

Lenoble et Pineau. — « Périviscérites multiples d'origine rhumatismale, gros foie », *Bull. de Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 51 : 130-134 10 février 1927.

Mondor. — *Diagnostics urgents. Abdomen* 2^e édition 1933.

Perrodo. — *La forme typhoïde du rhumatisme articulaire aigu*, Thèse de Paris, juillet 1928.

Ramond (Louis). — Conférences, t. X, 1932 : *Formes cliniques du rhumatisme articulaire aigu*.

Roger Widal et Teissier. — *Rhumatisme articulaire aigu*, t. II, p. 690).

Schalit Resche. — « *Les manifestations péritonéales du rhumatisme articulaire aigu*, Thèse de Paris, 1931, Le François éditeur.

Stoianovitch. — « Syndrome péritonéal au début du rhumatisme articulaire aigu », *Soc. de chirurgie*, 28 octobre 1933).

Stoll. — « Médecine Pratique », Ratis Medendi traduction de Mahon, Paris 1909.

Triboulet et Gilbert. — « A propos du R.A.A. », *Soc. méd. des Hôp.*, 19 juillet 1907.

Troisier, Raoul et Leboucher. — « Rhumatisme articulaire aigu consécutif à des douleurs dentaires généralisées (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 21 décembre 1932).

Trousseau. — *Cliniques*, 4^e édition t. IV, 1873.

